****

Modello “C”

**DICHIARAZIONE** **DELLE SPESE SOSTENUTE**

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità che:

- la documentazione di seguito indicata costituisce prova delle spese sostenute per i programmi psicologici e comportamentali strutturati e gli altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta concordati in sede di valutazione multidimensionale, ai sensi del Regolamento regionale 1 del 15 gennaio 2019 e ss.mm.ii.;

1)

* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da
* fattura n. del per € emessa da

per un totale di €

2) di avere agli atti gli originali o copie conformi della documentazione di spesa sopra elencata, ai fini delle opportune richieste e controlli da parte dell’Ente;

****

**DIC** Modello “C” **DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE**

MODALITA’ DI PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

BONIFICO BANCARIO

Intestatario conto:

E

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Istituto bancario | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Città | | | | |  | | | | | | |
| Agenzia n° | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Coordinate Bancarie  (Codice IBAN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ’ obbligatorio indicare la dicitura completa dell’istituto di credito e compilare tutte le 27 caselle elative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la empestività del pagamento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

r

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e Data

Firma

Il presente modello debitamente compilato va consegnato secondo le modalità disposte dall’avviso pubblico n…del…. Emanato dal Comune/Ente …………….capofila di distretto sociosanitario…………………